

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 134

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU CRITÉRIUM DE
L'ASSOCIATION NÉPHROSE-NÉPHRITE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 12 Mars 1944

PAR

LOUIS MONTGOBERT

né le 15 décembre 1917, à l'Hillil (département d'Oran, Algérie)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. BOUDET, <i>professeur, président.</i>	{	Assesseurs
		CRISTOL, <i>professeur.</i>		
		P. RIMBAUD, <i>agrégé.</i>		
		BERT, <i>agrégé.</i>		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA PRESSE

3, Rue Jardin-Martel, 3

1944

MONTGOBERT (Louis). -

Contribution à l'étude du critérium de l'association néphrose-néphrite. — *Montpellier, impr. de la Presse*, 1944, in-8°, 50 pp.

(Thèse médecine, Montpellier, 1944, n° 134).

MONTGOBERT (Louis). -

Contribution à l'étude du critérium de l'association néphrose-néphrite. — *Montpellier, impr. de la Presse*, 1944, in-8°, 50 pp.

(Thèse médecine, Montpellier, 1944, n° 134).

MONTGOBERT (Louis). -

Contribution à l'étude du critérium de l'association néphrose-néphrite. — *Montpellier, impr. de la Presse*, 1944, in-8°, 50 pp.

(Thèse médecine, Montpellier, 1944, n° 134).

MONTGOBERT (Louis). -

Contribution à l'étude du critérium de l'association néphrose-néphrite. — *Montpellier, impr. de la Presse*, 1944, in-8°, 50 pp.

(Thèse médecine, Montpellier, 1944, n° 134).

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 134

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU CRITÉRIUM DE
L'ASSOCIATION NÉPHROSE-NÉPHRITE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 12 Mars 1944

PAR

LOUIS MONTGOBERT

né le 15 décembre 1917, à l'Hillil (département d'Oran, Algérie)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MM. BOUDET, *professeur, président.*

*Examineurs
de la Thèse*

CRISTOL, *professeur.*

P. RIMBAUD, *agrégé.*

BERT, *agrégé.*

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA PRESSE

3, Rue Jardin-Martel, 3

1944

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Chaires:

MM.

Anatomie	J. DELMAS.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	HEDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	BAUMEL.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET.
Clinique médicale	L. RIMBAUD.
	GIRAUD, doyen.
Clinique chirurgicale	MASSABUAU, ass.
	LAPEYRE.
Clinique obstétricale	P. DELMAS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses ..	EUZIERE, doy. hon.
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1er âge ..	BOUDET.
Clinique de dermato-syphiligraphie	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.
Clinique gynécologique	N.
Clinique ophtalmologique	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale	TERRACOL.

Charges de cours :

Anatomie	LAUX.
Histologie	GRANEL.
Radiologie	LAMARQUE.
Propédeutique chirurgicale	AIMES.

Professeurs honoraires

MM. BERTIN-SANS, CABANNES,

GALAVIEILLE, VIRES, BOSC, VILLARD, GRYNFELTT, RICHE.

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.

MM.

Chimie	MONNIER, agrégé.	Clinique de la	
Microbiologie ..	CARRERE, agrégé.	tuberculose ..	VIDAL, professeur.
Hist. nat. méd.	HARANT, agrégé.	Pathologie chir..	MOURGUE-
Pharmacologie ..	HARANT, agrégé.		MOLINES, agr.
Pathologie méd.	BOUCOMONT, agr.	—	TRUC, agrégé.
—	BERT, agrégé.	Chir. expérim.	GUIBAL, agrégé.
Propédeut. méd.	P. RIMBAUD, agr.	Médecine opér..	ROUX, agrégé.
Clin. interne ..	PUECH, professeur.	Accouchements ..	CADERAS
Clin. des mal.			DE KERLEAU, agr.
contagieuses ..	JANBON, profes.	Stomatologie ..	HOUPERT, docteur en
			médecine.

Agrégés en exercice

MM.

MM.

Médecine	P. RIMBAUD.	Chirurgie	MOURGUE-
—	BOUCOMONT.		MOLINES.
—	BERT.	—	GUIBAL.
—	LAFON, ch. d'agr.	—	ROUX.
Chimie	MONNIER.	Urologie	TRUC.
Bactériologie ..	CARRERE.	Accouchements ..	CADERAS
Hist. nat. méd.	HARANT.		DE KERLEAU.



A MA MÈRE ET A MON PÈRE

*avec mon affection reconnaissante
pour leur tendre et infinie sollicitude.*

A MES DEUX FRÈRES

A MA SŒUR

A TOUS MES PARENTS

A MES CAMARADES DE LA FACULTE D'ALGER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BOUDET

*notre respectueuse reconnaissance et
notre gratitude pour avoir accepté la
présidence de notre thèse.*

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOSC
CHEF DE CLINIQUE

*qui a bien voulu nous aider dans notre
travail.*

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU CRITERIUM DE L'ASSOCIATION NEPHROSE-NEPHRITE

La néphrose lipoïdique est une maladie dont l'entité nosologique a été longtemps contestée.

Elle présente un très grand intérêt, tant d'abord à cause des discussions que son étude a provoquées, ensuite et surtout à cause des conséquences pronostiques et thérapeutiques que son diagnostic entraîne.

C'est Friedrich Muller qui, en 1905, créa le terme même de *Néphrose*, pour désigner des alternations rénales purement dégénératives. Puis, cette division des lésions rénales en lésions de type dégénératif et lésions de type inflammatoire servit de base à la classification des maladies des reins en néphrose et néphrite (Volhard et Fahr).

Munk, en 1908 et 1913, fait la première description de l'infiltration lipoïdique des éléments nobles du rein. Mais c'est en réalité Epstein qui, en 1912, isola la néphrose lipoïdique et lui donna une place à part en nosologie. De plus, le grand mérite d'Epstein est d'avoir montré qu'il ne fallait pas traiter le type d'albuminurie que l'on rencontre dans la néphrose lipoïdique, comme les albuminuries ordinaires. Au régime déchloruré et hypoazoté, il substitua le régime hyperazoté. De plus, se basant sur l'origine thyroïdienne de la maladie, il montra que, dans beaucoup de cas, le traitement à base d'extraits thyroïdiens améliorait l'évolution de la maladie.

La notion de néphrose lipoïdique a été longue à s'établir

en France. Mais, après en avoir très peu observé, les auteurs en ont publié un grand nombre de cas. Et, depuis 1927, nombreux sont les travaux qui traitent de cette question.

A l'heure actuelle, la néphrose lipoïdique semble avoir acquis droit d'entité nosologique. Mais les avis sont encore partagés sur les relations qui peuvent unir néphrose lipoïdique et néphrite. Et, parmi les nombreuses observations de néphrose lipoïdique qui ont été publiées, nombreuses sont celles qui ne sont en réalité que des néphrites avec déséquilibre lipido-protidique.

Dans ce travail, nous avons réuni sept observations, où le syndrome néphrotique est présent. Mais, dans tous les cas, nous pourrions noter la présence d'un ou de plusieurs symptômes d'atteinte néphritique surajoutée qui réagiront sur l'évolution de la maladie.

Dans la première partie, nous étudierons les points que l'on peut considérer comme des critères de la néphrose lipoïdique :

- *critérium clinique;*
- *critérium biologique;*
- *critérium thérapeutique;*
- *critérium anatomique.*

Puis, dans une deuxième partie, à la suite des observations que nous présentons, nous montrerons que, dans tous les cas que nous avons observés, la néphrose lipoïdique n'était pas pure et que, toujours, un élément plus ou moins marqué de néphrite s'est surajouté ou même a dominé la physionomie clinique de la maladie.

LA NEPHROSE LIPOÏDIQUE

CRITÉRIUM CLINIQUE

Au point de vue clinique, la néphrose lipoïdique est caractérisée par :

- des œdèmes;
- de l'albuminurie.

Un autre signe, négatif celui-là, est constitué par l'absence d'hypertension artérielle.

Les œdèmes :

Le plus souvent, ils sont extrêmement marqués. La peau est pâle, le visage bouffi, non cyanosé. Les membres inférieurs sont le siège d'un œdème mou, blanc, indolore, gardant le godet. Quelquefois, les membres supérieurs sont aussi œdématiés, surtout au niveau du dos des mains.

L'ascite est très fréquente, très abondante dans certains cas. Plus rarement, on note un hydrothorax et on a signalé des épanchements péricardiques.

L'albuminurie:

Elle est en général considérable. On a pu noter des chiffres de 60 gr. (Voihard), 30 gr. (Wahl). Cette albuminurie est variable au cours de l'évolution. Rathery signale ces oscillations qui surviennent sans cause apparente.

La tension artérielle:

Dans la néphrose lipoïdique pure, la tension artérielle est normale. Si on note une hypertension, on doit incriminer une atteinte néphritique associée.

De ces trois signes, aucun n'est caractéristique de la néphrose lipoïdique.

Les œdèmes, même les œdèmes qui ne rétrocedent pas après un régime déchloruré strict, peuvent se voir dans les néphrites. Cependant, dans l'ensemble, l'œdème est plus volumineux dans les néphroses que dans les néphrites. De même, l'albuminurie massive s'observe dans de nombreuses néphropathies, en particulier la néphrite syphilitique. Mais, cette variété de néphrite mise à part, l'albuminurie massive est assez caractéristique de la néphrose. La néphrite hydropigène simple ne s'accompagne pas d'hypertension, et ainsi ce signe négatif de grosse valeur de la néphrose lipoïdique n'est pas pathognomonique.

CRITÉRIUM BIOLOGIQUE

Ce sont surtout les examens de laboratoire qui ont contribué à développer la notion de néphrose lipoïdique. En effet, pendant l'évolution de cette affection, on note, tant

au point de vue urinaire qu'au point de vue sanguin, des troubles variés qui intéresseront surtout les lipides et les protides.

Troubles lipidiques:

Ils se traduisent:

- *dans le sang:* par — la lactescence du sérum;
— l'augmentation des lipides, avec hypercholestérolémie
- *dans les urines:* par — la lipurie et la présence de corps biréfringents.

La lactescence du sérum est un signe important du déséquilibre lipido-protidique. D'après Widal, Weil et Laudat, elle serait en rapport avec la lipémie. Pourtant, ces auteurs ont montré que tous les sérums lipémiques ne sont pas lactescents.

L'augmentation des lipides est constante au cours de la néphrose lipoïdique. Normalement, le taux des lipides totaux varie entre 5 et 8 grammes. Ces chiffres seront notablement plus élevés chez le néphrotique. Ainsi, Knauer a pu trouver des chiffres de 10, 20, 40 et même 67 grammes pour 1.000

Le cholestérol est très augmenté. Au lieu du chiffre normal de 1 gr. 50 à 2 gr., on peut trouver une cholestérolémie à 6 gr. 24 (Rathery), 8 gr. 40 chez une malade de Merklen.

Les urines ont un aspect trouble, quelquefois si prononcé qu'on a pu penser à une pyurie. Ce trouble est dû à l'excès de liquides qu'elles contiennent. Dans quelques cas, on a pu noter la présence de corpuscules de graisses visibles à l'œil nu. Mais il faut le plus souvent recourir au microscope polarisateur pour mettre en évidence la pré-

sence de corpuscules biréfringents qui présenteront le phénomène de la croix de polarisation. Ces corpuscules, découverts par Munk, sont constitués par des esters du cholestérol. Ils peuvent manquer, même dans le cas de néphrose lipoïdique confirmée (Rathery).

Troubles protidiques:

Normalement, le sang contient, par litre, environ 75 gr. de protides, qui sont constitués de 45 gr. de sérine et de 30 gr. d'albumine. Ce qui donne un rapport $\frac{\text{sérine}}{\text{globuline}}$ ou quotient albumineux de 1 gr. 50. Tous ces chiffres seront diminués dans la néphrose lipoïdique.

En effet, le taux de protides est notablement abaissé. C'est ainsi que l'on a rencontré des chiffres de 40, 30 et même 20 gr. dans un cas mortel publié par Labbé.

La diminution des protides n'est pas uniforme sur les deux constituants. Alors que la globuline reste à son taux normal ou varie très peu dans un sens ou dans l'autre, la sérine, au contraire, diminue considérablement. On a ainsi publié des chiffres de 15 gr., 4 gr. 5 (Achard), de 2 gr. 8 (Wahl). Cette dissociation provoque une rupture dans l'équilibre sérine-globuline et le quotient albumineux sera diminué et le plus souvent inversé.

Cette diminution des protéines entraîne une diminution de la pression oncotique. Que cet abaissement soit dû au faible taux des protides totaux (Achard) ou soit seulement en rapport avec la diminution de la sérine (Gowaerts), il est constant dans la néphrose lipoïdique.

Le syndrome humoral est celui qui est considéré comme

le plus constant au cours de la néphrose lipoïdique. Mais il peut s'observer en dehors de la maladie d'Epstein et en particulier dans la néphrite chronique. Le rein joue un rôle dans le métabolisme des lipides. Chez les mammifères carnivores, l'élimination des graisses par le rein est une fonction normale (Milot). Rathery et Douvrow ont montré qu'il peut transformer le cholestérol du sang en ses esters. Le sang qui traverse le rein peut voir son taux de cholestérol augmenté. D'autre part, les troubles du fonctionnement rénal déterminent dans l'organisme des variations profondes du métabolisme. Et les substances retenues par suite de la perturbation rénale provoquent des troubles secondaires des divers organes et tissus. Et les lésions hépatiques, thyroïdiennes, qui en résultent, entraîneront une modification des protides du sang. Au cours des néphrites, certains auteurs ont noté la lactescence du sérum (Bright et Rayer). D'autre part, fréquemment, on observe, au cours de la néphrite, une hypercholestérolémie.

Il résulte de ces faits qu'aucun des troubles humoraux n'est propre à la néphrose lipoïdique. Et c'est seulement un examen complet de toutes les fonctions rénales qui permettra de reconnaître l'intégrité du rein.

**

CRITÉRIUM ANATOMIQUE

Ce sont les caractères anatomiques de la néphrose lipoïdique qui ont frappé les premiers observateurs. Ce sont eux que décrit Munk dans sa description de l'infiltration lipoïdique des éléments nobles du rein. Et c'est sur ces signes

anatomiques de Volhard et Far basèrent leur classification des maladies du rein.

Au point de vue macroscopique, on a affaire en général à un gros rein blanc, mou. A la coupe, la médullaire apparaît plus ou moins congestionnée.

Les lésions histologiques sont constituées par une infiltration des tubes contournés, sans réaction inflammatoire. On note d'abord une infiltration massive d'un grand nombre de tubes contournés par des corps gras. Sur ces tubes atteints, l'infiltration n'est pas uniforme et prédomine sur la partie terminale du tube contourné. Au contraire, la branche grêle de l'anse de Henle est respectée et la branche ascendante et la pièce intermédiaire ne sont infiltrées que d'une façon discrète. A un fort grossissement, les cellules atteintes apparaissent avec un noyau de plus en plus atrophié, repoussé à la périphérie par une boule de graisse qui prend naissance dans la portion basale de la cellule.

Dans la lumière des tubes, on note des cellules desquamées et des corpuscules lipoidiques biréfringents. En opposition avec cette atteinte marquée des tubes, les glomérules et le tissu interstitiel sont très peu touchés. On voit seulement quelques bouquets vasculaires infiltrés et quelques enclaves lipoidiques disséminés dans le tissu interstitiel.

A côté de ces lésions rénales, on peut noter une infiltration plus ou moins discrète du foie et des surrénales.

**

CRITÉRIUM THÉRAPEUTIQUE

Le régime déchloruré, si efficace dans les cas de néphrite, semble peu actif et même inopérant en cas de néphrose

lipoïdique. En effet, la rétention de chlorures n'est pas en cause et ce fait seul suffit à expliquer l'échec du régime déchloruré.

Volhard et Munk ont conseillé d'associer au régime déchloruré la réduction des boissons. Cette méthode peut aider à la résorption des œdèmes, mais elle doit être surveillée. On se basera sur la quantité des urines émises dans les 24 heures.

Les diurétiques banaux : théobromine, scille, digitale, sels ammoniacaux, n'ont le plus souvent aucune action bienfaisante. Il faudra proscrire l'emploi de sels mercuriels, qui peuvent être dangereux pour le rein.

Deux moyens thérapeutiques peuvent être considérés comme spécifiques du déséquilibre lipido-protidique et de la néphrose lipoïdique en particulier. Nous devons à Epstein la notion de la nécessité dans le traitement de la néphrose :

1^o *Du régime hypercarné;*

2^o *De l'opothérapie thyroïdienne.*

D'une façon générale, on donnera 2 à 3 gr. de protides par kilog de poids corporel. Chez l'enfant, à l'albumine de viande et de poisson, on ajoutera les albumines végétales (haricots, pois, lentilles). Chez le nourrisson, au-dessous de quatre mois, on s'efforcera de faire prendre du babeurre et du caséinate de chaux. Au-dessus de cet âge, on prescrira des farines de tournesol, de soja, du yoghourt, du jus de viande et du foie de veau.

A ce régime hyperazoté, il faudra adjoindre les extraits hyroïdiens. Débutant par des doses faibles, on arrivera à donner jusqu'à 50, 60 centigr. et même 1 gr. par jour. Une

notion à retenir est la nécessité de poursuivre longtemps et d'une façon continue ce traitement.

Enfin, la pyrétothérapie a été conseillée à la suite de l'observation d'améliorations très nettes constatées dans la néphrose lipoïdique, à la suite de maladies fébriles intercurrentes.

Tous ces moyens thérapeutiques ne peuvent pas constituer un critère du diagnostic de néphrose lipoïdique. Seuls, le régime hyperazoté et les extraits thyroïdiens ont une certaine valeur.

Le régime hyperazoté, qui s'oppose au régime classique des néphritiques, et l'opothérapie thyroïdienne peuvent, s'ils sont bien supportés, entraîner des améliorations remarquables. Mais les résultats sont inconstants. Peut-être faut-il attribuer cette inconstance :

— à un traitement trop tardif : la néphropathie simple que constitue la néphrose s'est alors compliquée de néphrite ;

— à un traitement insuffisant ou pas assez prolongé.

En résumé, quels sont les tests de la néphrose lipoïdique, maladie autonome ?

Nous avons vu qu'aucun des critères que nous avons énoncés ne pouvait nous servir séparément pour faire un diagnostic certain. Il faudra faire une synthèse de tous les éléments que nous aurons pu accumuler. Rathery admet que l'association albuminurie + troubles humoraux + fonctions rénales normales permet d'affirmer le diagnostic de néphrose lipoïdique, et c'est cette affirmation que nous retiendrons à la suite de l'énoncé des différents critères que nous venons d'étudier.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Le 4 mars 1942 entre dans le service le petit R... Yves, âgé de 4 ans, pour œdème des membres inférieurs et de la face.

Dans ses antécédents, on note seulement une rougeole qui s'est compliquée de broncho-pneumonie.

La maladie a débuté il y a une quinzaine de jours. L'enfant a présenté des troubles dentaires: caries et petits abcès. Il y a 8 jours crise d'urticaire. Pas de troubles urinaires. Le 4 mars apparition d'œdème des membres inférieurs et diminution de la diurèse.

A l'examen, on note un œdème des membres inférieurs qui remonte jusqu'aux genoux et des membres supérieurs s'arrêtant aux coudes. La face présente aussi un œdème assez marqué avec bouffissure des paupières.

- L'examen des poumons ne montre rien à signaler.
- Les bruits du cœur sont assourdis.
- L'abdomen est souple. Le foie ne dépasse pas les fausses côtes. La rate n'est pas perceptible.
- Au point de vue du système nerveux, les réflexes rotuliens sont présents. Les pupilles sont égales et réagissent à la lumière. On note des douleurs dans les jambes et les genoux qui sont apparues depuis 8 jours.
- L'examen de la gorge montre des amygdales hypertrophiées et des dents cariées. On note des ganglions cervicaux.

On pose alors le diagnostic de néphrite hydropigène et on institue comme traitement:

- au point de vue alimentaire: régime déchloruré, réduction des liquides,

au point de vue médicamenteux: Diurophyte: 3 cc. par jour, vitamine B.

L'examen des urines montre:

7 grammes d'albumine par litre et la présence de quelques cylindres granuleux.

Le 6 mars : Les œdèmes se sont accentués. C'est un œdème dur, ne prenant pas le godet.

Un érythème est apparu sur la face antérieure des cuisses.

Le 9 mars: légère diminution des œdèmes.

L'examen du sang donne : 2 gr. 90 de cholestérol par litre.

Le 10 mars: Augmentation des œdèmes aux membres.

Le cœur est météorisé et on note la présence d'ascite.

Le cœur présente un bruit de galop.

Le 12 mars: dans les urines on trouve: des corpuscules biréfringents peu nombreux.

On ordonne alors de la Thyroxine : 2 gouttes le 1^{er} jour, dose que l'on augmente d'une goutte par jour jusqu'à 10 . On continue en même temps le régime déchloruré et la vitamine B.

Le 14 mars : le dosage de l'azotémie montre 0 gr. 30 d'urée par litre.

Le 25 mars: disparition de l'albumine. Pas de cylindres.

Le 30 mars: la température qui a toujours oscillé entre 37° et 38° monte à 38°5. L'examen étant absolument négatif, on attribue cette température à la thyroxine.

On supprime la thyroxine tout en continuant la vitamine B et le régime déchloruré.

La température étant revenue à a normale et l'examen des urines restant négatif, le malade rentre dans sa famille le 4 avril.

En résumé, dans cette observation, il s'agit d'une néphrite aiguë (œdèmes, albuminurie, cylindres granuleux) avec élément néphrotique (albuminurie massive, hypercholestérolémie et présence de corpuscules biréfringents dans les urines).

OBSERVATION I

Tableau des examens de laboratoire

U R I N E S

Dates	5 Mars	6 Mars	9 Mars	12 Mars	14 Mars	20 Mars	25 Mars	1 ^{er} Avril
Albumine . . .	7 grs	5 grs				traces nettes	néant	néant
Corps biréfrin- gents				présence				
Cylindres granuleux		présence					pas de cylindres	

S A N G

Cholestérol . .		2 grs 90					
Urée					0 gr. 30		

OBSERVATION II

Jean-Claude A., âgé de 6 ans, arrive dans le service le 21 mai 1943, envoyé par son médecin, qui nous l'adresse avec les renseignements suivants :

Depuis quatre mois, cet enfant présente une atteinte rénale, caractérisée cliniquement par l'apparition d'œdèmes et par une albuminurie importante.

L'œdème d'abord localisé aux membres inférieurs, a eu une marche ascendante: production d'une ascite abondante et aspect œdémateux des parois thoraciques et des bras avec bouffissure de la face.

Les deux premiers mois la généralisation de l'œdème s'est faite progressivement et depuis deux mois, état stationnaire avec alternatives d'aggravation et de diminution.

Le taux d'albuminurie est variable, mais se maintient le plus souvent entre 6 et 8 grammes par litre.

Le 1^{er} mai, l'analyse chimique du sang a montré :

Urée :	0 gr. 45 par litre
Cholestérol :	7 gr. 50 par litre
Albumine totale :	44 gr. 9 par litre
Sérine :	8 gr. 03 par litre
Globuline :	36 gr. 09 par litre

R S

— = 0,217

G

Le traitement mis en œuvre comprend : hépatrol, chlorure de calcium (0,12 extraits thyroïdiens). Régime carné.

Le 21 mai, à l'entrée, dans les antécédents du malade nous notons :

Antécédents familiaux:

Mère: tuberculose pulmonaire depuis 18 mois, pneumothorax abandonné. Bon état général, pas de fausses couches.

Père: néphrite albuminurique post-scarlatineuse, bonne santé habituelle.

Un frère de 4 ans en bonne santé.

Antécédents personnels :

Bonne santé habituelle, coqueluche à 4 ans, jamais d'angine.

L'examen nous montre un œdème très important, intéressant particulièrement les membres inférieurs, la face. Les parois thoraco-abdominales sont infiltrées. Ascite abondante, pas d'œdème du scrotum.

Les poumons sont normaux.

Le cœur est régulier, mais la tension artérielle est à 13-9.

L'appareil digestif: inappétence, rejet par vomissements des aliments lactés.

Langue sale. Abdomen non douloureux, ni gros foie, ni grosse rate.

L'analyse des urines montre :

7 grammes d'albumine par litre, d'abondants cylindres granuleux. Quelques cylindres épithéliaux, des leucocytes plus ou moins altérés.

On met le malade au régime hypoazoté et hypochloruré et on ordonne de l'extrait thyroïdien: 0 gr. 12 par jour.

Le 25 mai dans les urines: nombreux cylindres granuleux et granulo-graisseux. Cellules de l'épithélium rénal, pas de corpuscules biréfringents. L'albumine est à 9 gr.

Le 27 mai: les œdèmes et l'ascite persistent. L'oligurie est à 200 et à 300 cc. On fait ce jour-là 1/4 de cc. de colloïdase Dausse intra-veineux. On n'obtient aucune réaction.

Le lendemain: 1 cc. de colloïdase Dausse intra-musculaire: pas de réaction. Dans l'urine: 8 gr. d'albumine.

Le 31 mai: L'injection de 1/2 cc. de Dmelcos provoque une très légère élévation thermique sans modification appréciable.

L'albumine est à 14 gr.

On trouve dans l'urine :

- des cylindres granuleux en grande abondance;
- quelques cylindres épithéliaux;
- quelques rares corps biréfringents.

Dans le sang: azotémie à 0 gr. 59.

cl. globulaire 1,36

Le rapport $\frac{1,36}{3,47} = 0,44$

cl. plasmatique 3,47

Le chlore total = 3 gr. 081 par litre.

Le régime est maintenu hypoazoté et hyperchloruré.

Le 5 juin, on fait 1 cc. de Dmelcos. La température monte à 38°5, mais on n'obtient pas le déclanchement de la diurèse.

Le 7 juin: Urines: albumine 22 gr. 50; cylindres granuleux, corps biréfringents.

Le 14 juin : Le Dmelcos est poursuivi : 1 cc. e 8, 2 cc. le 11, 3 cc. le 14.

Depuis le 10, on a repris le traitement thyroïdien, 0,10, puis 0,15, 0,20, 0,25, on se maintient à ce taux.

La diurèse est déclanchée depuis la reprise du taritement thyroïdien et depuis que le Dmelcos provoque de la fièvre, et l'enfant perd 200 gr. par jour.

Le 15 juin: on ponctionne l'ascite et on retire 1700 gr. de liquide lactescent.

Ce jour, on permet au malade de prendre du lait.

Le 17 juin : La perte de poids continue régulièrement. Sous l'influence de l'extrait thyroïdien, on note une tachycardie oscillant entre 120 et 140.

On prescrit: Digitaline 4 gouttes, extrait hépatique injectable. L'albuminurie oscille entre 1 et 8 grammes.

On ne retrouve ni cylindres, ni corps biréfringents.

Le 28 juin : L'enfant ne maigrit plus depuis 4 jours et a même augmenté de poids légèrement.

Les œdèmes sont toujours importants.

Le cœur est normal avec tachycardie modérée.

On retrouve dans les urines des cylindres caverneux, des corps biréfringents.

Dans le sang, l'azotémie est à 0 gr. 88, la cholestérolémie à 2 gr. 25.

$$\text{Le rapport } \frac{s}{g} = \frac{11,92}{30,16} = 0,39$$

Les protéïdes totaux = 42,08

Les lipides totaux = 13,22

Le 5 juillet: Injection de 2 cc. de Syncaïne.

Le 8 juillet: On a fait pendant 3 jours de la Théobromine.

Malgré ce, l'augmentation de poids est progressive, l'œdème des membres inférieurs toujours important. L'ascite s'accroît et on note une matité de la base gauche sans disparition du murmure vésiculaire.

L'albumine se maintient entre 6 et 8 grammes.

Présence de nombreux cylindres granuleux.

On fait une nouvelle injection de 2 cc. de Syncaïne.

Le 15 juillet : L'ascite entraîne une dyspnée intense. On fait une ponction d'ascite qui ramène 3 l. 800 de liquide et provoque un soulagement important chez l'enfant.

Au traitement qui depuis le 25 juin comporte 0 gr. 30 d'extrait thyroïdien, on ajoute de la vitamine B en injections sous-cutanées: 2 milligrammes de Bévité tous les jours. L'enfant sort de l'hô-

pital le 21 juillet et la suite du traitement est confiée à son médecin traitant.

Conclusion: Néphrose-néphrite chez un enfant de 6 ans:

— L'élément néphrosique est manifeste.

Urines: albuminurie massive, corps biréfringents.

Sang: hypoprotidémie avec inversion du rapport hyperlipidémie; hypercholestérolémie.

— L'élément néphrétique est incontestable :

Urines: cylindres granuleux.

Sang: hyperazotémie, hypertension artérielle.

OBSERVATION II
Tableau des examens de laboratoire
URINES

Dates	1 ^{er} Mai	22 Mai	24 Mai	25 Mai	31 Mai
Albumine		7	5,2	9	14
Corps biréfringents				néant	rare
Cylindres granuleux		abond.	abond.		

S A N G

Urée	0,45	0,82			
Cholestérol ..	7,50				
Lipides					
Protéines					
S	8,05				
R —	— = 0,217				
G	36,9				
Cl. globulaire					
Cl. plasmatique					
Cl. total					

U R I N E S

Dates	2 Juin	7 Juin	9 Juin	14 Juin	21 Juin
Albumine		22,5	présence	15	présence
Corps biréfringents		présence	abond.		néant
Cylindres granuleux		présence			néant

S A N G

Urée	0,59				0,98
Cholestérol ..					2,25
Lipides					
Protéines					
S					
R —					
G					
Cl. globulaire	1,56				
	— = 0,44				
Cl. plasmatique	3,47				
	0,316				
Cl. total	+ 2,765				
	3,081				

OBSERVATION II (suite)

Tableau des examens de laboratoire

U R I N E S

Dates	28 Juin	10 Juillet	15 Juillet
Albumine		8	
Corps biréfringents	Présence		
Cylindres granuleux	Présence	nombreux	
S A N G			
Urée			
Cholestérol ..			
Lipides	13,22		
Protéines	42,08		
S	11,92		
R —	— = 0,39		
G	30,16		
Cl. globulaire			1,59
Cl. plasmatique			— = 6,10
			3,97
Cl. total			3,374

OBSERVATION III

La jeune Isabelle B... nous est adressée le 23 juillet 1943, par son médecin. Cette enfant âgée de 9 ans, présente une albuminurie massive qui a semblé céder à un traitement thyroïdien. Mais l'état s'étant aggravé, le médecin fait hospitaliser l'enfant.

Dans les antécédents de la malade, on note que :

Père et mère sont en bonne santé.

Elle a un frère de 1 an et demi en bonne santé.

Trois de ses frères sont morts à 1 an et demi, 6 mois et 1 an et demi de gastro-entérite (?)

Dans les antécédents personnels :

Rougeole à l'âge de 2 ans.

Albuminurie depuis l'âge de 1 an (?)

L'histoire de la maladie actuelle remonte à deux mois. A cette époque l'enfant a présenté des vomissements, de la diarrhée. Il y aurait eu une crise douloureuse de la fosse iliaque droite.

On a noté à ce moment de l'œdème de la face. Pas d'œdème des membres inférieurs. L'albuminurie a été constatée.

Comme traitement:

Thyroxine Roche, régime lacté pendant 10 jours, puis régime sans sel avec viande.

Depuis quelques jours s'est manifestée une aggravation qui a motivé l'hospitalisation.

A son entrée, à l'examen :

On a affaire à une enfant de taille normale, bien constituée, qui présente un gonflement de la face avec œdème des paupières. Au niveau des tibias et des malléoles, léger précœdème.

De plus, cet enfant présente une toux grasse et l'auscultation fait entendre des sibilants en arrière. Rien à signaler en ce qui concerne les autres appareils.

L'examen des urines donne:

Albumine 4 gr. par litre; absence de cylindres; cellules épithéliales.

Dans le sang: azotémie: 0 gr. 40.

La tension artérielle est à 10-5.

Le 26 juillet :

L'état pulmonaire s'est amélioré.

On note une albuminurie à 6 gr.

Le taux des lipides dans le sang : 25 gr. 07.

Le taux du cholestérol : 3 gr. 75.

Les corps biréfringents n'ont pas été recherchés.

Le 28 juillet :

Dans le culot des urines, on trouve quelques cylindres granuleux et leucocytaires, de nombreux leucocytes altérés.

Le 4 août :

On institue le traitement par les extraits thyroïdiens tout d'abord 0 gr. 05, puis 0 gr. 10, 0 gr. 15, 0 gr. 20 et cette dose de 0 gr. 20 sera maintenue jusqu'au 26 décembre.

Le 7 septembre :

L'état de la malade est stationnaire. Son poids oscille autour de 23 kg. La température varie entre 37° et 38° avec deux clochers à 39° le 28 août et le 5 septembre dont l'origine n'a pu être déterminée.

L'appétit est bon. Le malade suit un régime déchloruré et hyperazoté.

Le 3 octobre :

Les œdèmes sont plus importants : infiltration importante de la face. Bouffissure des paupières, œdème des jambes. Le poids est de 24 kg 600, jamais atteint jusqu'à ce jour.

Le 5 octobre :

On donne de l'Hépatrol qui sera continué jusqu'au 7 novembre.

On fait 1/2 cc. de Dmelcos. La température fait un clocher à 39°3.

Nouveau Dmelcos le 9 (1/2 cc.), puis le 12 (1/2).

Le 16 octobre :

Le poids est descendu progressivement à 22 kg 600, donc diminution de 2 kg en 13 jours.

Les examens pratiqués à cette époque donnent :

Azotémie = 0 gr. 33 par litre.

Cholestérolémie = 3 gr. 21 par litre.

Lipides = 25 gr. 07 par litre.

cl. globulaire 2,6

Le rapport $\frac{\text{cl. globulaire}}{\text{cl. plasmatique}} = \frac{2,6}{5,6} = 0,46$

cl. plasmatique 5,6

Chlore total = 4,47 par litre.

Le 23 octobre :

Le poids, de nouveau, a tendance à augmenter, 23 kg 200 ce jour.

L'albuminurie est à 3 gr. 20.

On fait le 23 septembre 0 cc. 5 de Dmelcos

25 — 0 cc. 5 —

28 — 0 cc. 75 —

2 novembre 1 cc. —

5 — 1 cc. 1/4 —

Le 6 novembre :

Malgré les petits écarts de température obtenus, on note un accroissement du poids qui monte à 24 kg 200.

Le 6 décembre :

Le poids se maintient autour de 24 kg jusqu'à ce jour.

Les différents examens ont montré :

Le 23 novembre: albumine 3 gr. 60; très rares cylindres granulo-grasseyeux.

Le 2 décembre: azotémie : 0 gr. 33.

Le 7 décembre: dans les urines: nombreux corps biréfringents, cylindres granulo-grasseyeux et hyalins, quelques leucocytes altérés. Dans le sang: cholestérol = 2 gr. 81.

A partir du 8 décembre :

Le poids diminue progressivement. Le malade présente à cette époque une otite catarrhale qui provoque quelques clochers de température.

L'albuminurie oscille entre 4 gr. et 7 gr. 50.

La protidémie totale est de 55 gr. 8.

S 12,9

Le rapport $\frac{S}{G} = 0,30$

G 42,7

Le 26 décembre :

Suppression de l'extrait thiroïdien. On fait de la Laroscorbine intra-musculaire à la dose de 5 cc. jusqu'au 1^{er} janvier.

Le poids augmente légèrement, mais l'état général est meilleur.

Le 4 février :

L'enfant présente encore un léger œdème de la face, d'ailleurs variable. Le traitement par la vitamine C est resté sans résultat. Isabelle B. sort du service, confiée à son médecin qui nous la renverra dans deux mois.

Conclusion :

Néphrose (œdèmes, albuminurie massive, troubles protidiques et lipidiques caractéristiques) avec petit élément néphritique (cylindrurie, azotémie-limite).

Tableau des examens de laboratoire

URINES

Dates	Juillet			Août			Octobre			Nov.	Décembre			Janvier		
	23	26	28	12	16	13	11	16	17	23	7	17	13	20		
Albumine	4			1,85	2,90	2,50		3,2	6,10	3,6	7,50		7	3		
Corps biréfringents											nombr.					
Cylindres	néant		présence	néant		néant				rare	nombr.		néant	nombr.		

SANG

Urée	0,40															
Colestérol . . .		3,75					3,21							2,50		
Lipides		25,07														
Protides																
S R — G												55,8		54,50		
												$\frac{12,9}{42,7} = 0,30$				
Cl. globulaire																
Cl. plasmatique								$\frac{2,6}{5,6} = 0,46$								
Cl. total								4,47								

OBSERVATION IV

Dolorès A. est hospitalisée le 8 novembre 1941. Elle a 13 ans et demi. Dans ses antécédents, il n'y a rien à signaler. Ses parents sont en bonne santé. Ils ont eu 9 enfants.

La maladie remonte à 15 mois. A ce moment, cette jeune fille a présenté un important œdème de la face avec albuminurie. A la suite d'un régime déchloruré, cet œdème a disparu.

Depuis 3 mois, les œdèmes ont réapparu et persistent, malgré le régime déchloruré. Une analyse d'urine faite à la fin octobre a montré 3 gr. 50 d'albumine par litre.

A l'examen, à son entrée :

On note un œdème de la face, surtout palpébral et jugal. Il n'y a pas d'œdème du dos du pied, mais une infiltration nette des jambes émaillant les crêtes tibiales.

L'abdomen est volumineux, tendu. La percussion montre de la submatité dans les flancs. Il n'y a pas de signe de flot.

Le foie affleure le rebord costal, la rate n'est pas modifiée.

Le cœur est régulier, non tachycardique. A la base, les bruits sont assourdis.

Au niveau de l'appareil respiratoire: la toux est fréquente, s'accompagne d'une expectoration blanchâtre, peu abondante. Il y a submatité des deux bases avec diminution du murmure vésiculaire. Pas de bruits adventices.

Le système nerveux ne présente rien à signaler.

La gorge est normale.

Les examens pratiqués à ce moment montrent :

— dans les urines: 5 gr. d'albumine par litre; 15 gr. 20 d'urée; 3 gr. de chlorure en Na cl; pas de cylindres.

— dans le sang: 0 gr. 24 d'urée par litre; 4 gr. de cholestérol.

Comme traitement, on prescrit :

— régime déchloruré strict;

— réduction des boissons;

— Diurophyte: 3 cc. par jour.

Le 28 novembre :

Malgré la mise en œuvre du traitement, les œdèmes persistent surtout à la face.

On met le malade au régime protidique.

On donne des extraits thiroïdiens: 10 centigrammes pendant les 3 premiers jours, puis on augmente progressivement,

Chophytol injectable tous les jours par voie intra-veineuse.

Dans les urines, présence de corpuscules biréfringents.

Le 6 décembre :

On arrête le régime protidique, tout en continuant le régime déchloruré par suite de la persistance d'un œdème palpébral assez important.

Les examens donnent :

Dans les urines: 9 gr. d'albumine.

Dans le sang: 6 gr. 20 de cholestérol.

Le 8 décembre :

On reprend le régime protidique.

Le 10 décembre :

L'œdème de la face est très important. Les paupières sont infiltrées. On remarque un léger trismus et une déglutition difficile.

Aux membres inférieurs, les téguments sont particulièrement infiltrés.

Dans es urines, on trouve: 14 gr. d'albumine; 16 gr. 20 d'urée; 1 gr. 50 de chlorures; de très nombreux cylindres granuleux.

On prescrit la diète hydrique : eau lactosée; du sérum hypertonique glucosé: 20 cc.; de la théobromine : 2 cachets à 0,25.

Le 11 décembre :

L'œdème de la face a légèrement diminué, mais l'infiltration de tout le corps persiste.

Le malade se plaint de douleurs abdominales diffuses. Le ventre se laisse déprimer, mais on sent une résistance profonde, sans zone élective. Il y a un vomissement, émission de gaz, mais pas de selles.

Depuis 24 heures, anurie. Après sondage, on retire 150 cc. d'urines très chargées.

La température est à 40°.

Le pouls petit, incomptable. Les bruits du cœur sont assourdis.

L'examen de l'appareil respiratoire montre une matité aux deux bases avec diminution du murmure vésiculaire.

Comme traitement, on fait du sérum glucosé : 10 cc.; ventouses scarifiées lombaires. On met de la glace sur le ventre.

Dans la soirée, deux à trois mictions avec diarrhée associée.

Le 12 décembre :

Le malade présente un état de collapsus marqué, avec cyanose des extrémités. Le pouls est incomptable.

A l'abdomen, empâtement douloureux diffus.

Aux poumons, matité des deux bases.

Le système nerveux: hyperélectivité rotulienne et achilléenne, gonius des deux rotules,

Le traitement institué est :

— extrait surrénal;

— 250 gr. de sérum;

— 4 gr. de Dagénan.

Le professeur de chirurgie infantile consulté rejette toute intervention. On fait l'hypothèse d'une péritonite à pneumocoques.

Le 13 décembre :

Dans la nuit, la malade a vomi plusieurs fois. Elle rejette tout ce qu'elle prend.

L'œdème a disparu, mais le faciès est plombé, les yeux cernés. La dyspnée est extrême, le pouls incomptable, le ventre empâté.

On fait du sérum et du Soludagénan.

Dans la soirée, malgré notre avis, la malade est emportée par sa famille.

En résumé: Néphrose caractéristique avec léger élément néphritique associé, uniquement représenté par de la cylindrurie.

OBSERVATION IV

Tableau des examens de laboratoire

U R I N E S

Dates	10 Nov.	20 novembre	5 décem.	10 décembre
Albumine	5		9	14
Corps biréfringents				
Cylindres	néant			nombreux
Chlorures	3			1,50
S A N G				
Urée	0,24		6,20	
Cholestérol ..	4		0,20	

OBSERVATION V

Dans les antécédents du jeune Henri R..., âgé de 2 ans et demi, on ne note rien de particulier. Son père est en bonne santé. Sa mère, en bonne santé actuellement, a présenté des crises d'asthme pendant sa grossesse et une phlébite après l'accouchement. Rien à signaler dans les antécédents personnels.

En novembre-décembre dernier, l'enfant a été vacciné contre la diphtérie. Il a présenté à ce moment une poussée de gastro-entérite, de l'incontinence nocturne d'urine, de l'insomnie avec agitation nocturne. On n'a pas constaté d'enflure des jambes, mais un œdème palpébral le matin.

Retour du Maroc le 6 avri 1934, sur le bateau l'enfant ne veut pas manger. Il présente du coryza, de la diarrhée. Dans les premiers jours de juin s'est développé un œdème assez important. S'accompagnant d'albuminurie à 16 grammes. Depuis le 17 juin, augmentation nette de l'œdème avec ascite. L'enfant est très nerveux, agité. Les urines sont foncées, mais jamais sanglantes.

A son entrée, le 26 juin :

L'enfant est très bien développé pour son âge. Il est en état d'anasarque: gros œdème des membres inférieurs, de la région lombaire, des paupières. Les membres supérieurs sont aussi légèrement infiltrés. L'abdomen est très ballonné, mais souple. On note une ascite légère. Le foie n'est pas gros. La rate n'est ni perceptible, ni palpable.

L'examen de la bouche montre de grosses amygdales. Rien à signaler pour les autres appareils.

L'analyse des urines donne :

19 gr. d'albumine;
1 gr. 7 de chlorures;
Pas de cylindres.

Le 28 juin :

Même état que précédemment. La tension est à 13-8.

Dans les urines: 15 gr. d'albumine; 3 gr. 20 de chlorures.

Présence de corpuscules biréfringents.

Dans le sang : urée : 0,25; cholestérol : 4,20; protides totaux : 47,21.

S 15,80
R — = — = 0,50
G 31,41

Le 1^{er} juillet :

Pendant les deux jours écoulés, l'œdème a légèrement diminué, l'enfant a vomi plusieurs fois.

On prescrit un régime déchloruré à base de bouillons de légumes, pâtes, purées, pain, fruits cuits, lait. L'enfant ne vomit plus.

Le 5 juillet :

L'enfant est toujours dans le même état. La gorge est rouge. Dans les urines, l'albuminurie s'est abaissée à 6 gr.

Le 7 juillet :

Les œdèmes sont en diminution, l'ascite est légère avec ventre souple.

Les amygdales sont toujours rouges et hypertrophiées.

Depuis le 5 juillet, l'enfant mange un régime normal, auquel on a adjoint des extraits thyroïdiens. Il sort et doit revenir dans 8 jours.

Le 16 juillet :

Les œdèmes ont nettement diminués (perte de poids de 1 kg en 8 jours). L'abdomen conserve une légère matité dans les flancs.

Le sommeil est calme, l'appétit excellent. Les urines examinées montrent :

Albumine : 10 gr. Présence de cylindres granuleux.

Conclusion :

Néphrose-néphrite :

- élément néphrotique prédominant (albuminurie massive, corps biréfringents, hypoprotidémie avec inversion du rapport albumineux, hypercholestérolémie).
- élément néphritique discret: cylindrurie, hypertension artérielle.

OBSERVATION V

Tableau des examens de laboratoire

U R I N E S

Dates	Juin 29			Juillet		
Albumine	19	15	8	7,60	6,60	10
Chlorures	1,7	3,20	3,20	2,2	3,6	
Corps biréfrin- gents		Présence				
Cylindres	néant					présence
S A N G						
Crée		0,25				
Cholestérol ..		4,20				
Protides		47,21				
S		15,80				
R —		— = 0,50				
G		31,41				

OBSERVATION VI

Gilberte M., âgée de 8 ans et demi, entre à l'hôpital le 24 juin 1943.

Dans ses antécédents: rougeole, coqueluche, crises d'urticaire. Il y a 15 mois, elle a présenté un œdème de la face, œdème qui s'est ensuite généralisé. Une analyse d'urine pratiquée a révélé 18 gr. d'albumine. Dans le sang, on a noté une légère azotémie (dont le taux ne peut être connu).

A la suite du régime déchloruré, ces œdèmes ont disparu. Mais des écarts de régime ont entraîné leur réapparition. Et c'est pour cette raison que l'enfant entre à l'hôpital.

Le 25 juin :

L'enfant se présente avec un gros œdème palpébral. La face est blafarde et bouffie et les jambes sont légèrement enflées. Rien à signaler par ailleurs. La tension artérielle est à 11-6. Dans l'urine on trouve :

1 gr. d'albumine; pas de cylindres.

Dans le sang: 0 gr. 37 d'urée.

Comme traitement, on prescrit:

1^{er} jour: 250 gr. de lait.

2^e jour: régime déchloruré strict. Réduction des liquides (1/4 de litre).

Le 28 juin :

On note une fonte partielle des œdèmes. Le poids est passé de 23 kg 400 à 22 kg 800.

Le 3 juillet :

L'œdème de la face a diminué, cependant on note une augmentation de poids. Présence d'une légère ascite.

Dans les urines, l'albumine se maintient aux environs de 1 gr.

Dans le sang: l'urée est à 0 gr. 37; le cholestérol à 2 gr. 81.

On maintient le régime déchloruré.

Le 7 juillet :

L'albuminurie est montée à 12 gr. 50. L'azotémie est à 0 gr. 34.

On ajoute de la viande au régime déchloruré.

Le 13 juillet :

Dans les urines: 1 gr. 20 d'albumine; 2 gr. 10 de chlorures; quelques cylindres granuleux.

Le 19 juillet :

L'œdème des membres inférieurs est très marqué. L'augmenta-

tion de poids est de 2 kg en 8 jours, alors que le poids avait diminué notablement les jours précédents.

cl. globulaire 1,69

Dans les urines: $\frac{\quad}{\quad} = \frac{\quad}{\quad} = 0,45$

cl. plasmatique 3,75

Chlore total = $2,475 + 0,574 = 3,049$.

Dans le sang: lipides totaux 14,7.

Sérine 12,05

$\frac{\quad}{\quad} = \frac{\quad}{\quad} = 0,61$

Globuline 19,60

Protéïdes totaux = 31 gr. 65.

La tension artérielle est à 11,5-6.

Le 22 juillet :

L'œdème facial est très important; les fentes palpébrales sont fermées. Le poids a encore augmenté.

L'examen des urines donne : 4 gr. d'albumine ; 16 gr. d'urée ; quelques cylindres granuleux.

L'azotémie est à 0 gr. 30.

On met le malade au régime sec: sans viande, ni sel, ni boisson.

Le 23 juillet :

Apparition d'un ascite perceptible dans la position debout.

Au cœur, on entend un bruit de galop.

On ordonne alors la Digilanide: 40 gouttes le 1^{er} jour, 20 gouttes le 2^e, 10 gouttes le 3^e.

Le 28 juillet 1943 .

La diurèse est beaucoup plus importante.

La figure est moins bouffie, les fentes palpébrales sont normales, les membres inférieurs non enflés.

Au cœur, le bruit de galop a disparu.

Dans les urines: 0 gr. 25 d'albumine; pas de cylindres.

Le poids a diminué de 4 kg en 10 jours.

Le 4 août :

On commence à faire de l'extrait thyroïdien: 0 gr. 05 pendant 7 jours, puis doses plus fortes.

Le 10 août :

La diurèse est moins importante.

L'œdème palpébral a réapparu.

Dans les urines: 1 gr. 90 d'albumine; pas de cylindres.

Pour le traitement, on augmente les doses d'extraits thyroïdiens à 0 gr. 10, puis 0 gr. 15, 0 gr. 20, 0 gr. 25.

Le 14 août :

Etat stationnaire.

Les bruits du cœur sont normaux.

L'albuminurie est à 1 gr.; l'azotémie à 0 gr. 34.

Le 27 août :

L'enfant sort de l'hôpital.

La dernière analyse d'urine a donné : 1 gr. 15 d'albumine; pas de cylindres.

Conclusion :

Néphrose-néphrite.

- l'élément néphrotique est représenté par l'albuminurie importante, les troubles sanguins protidiques et lipidiques caractéristiques.
 - l'élément néphritique est représenté par de la cylindrurie, de l'hypertension artérielle, mais l'azotémie est normale.
-

OBSERVATION VII

Raymond-Jean V., âgé de 5 ans et demi, entre dans le service le 11 janvier 1939 pour œdèmes et albuminurie.

Dans ses antécédents héréditaires et collatéraux, rien à signaler.

Dans ses antécédents pathologiques, une broncho-pneumonie post-coquelucheuse il y a quatre ans, pour laquelle il avait fait un séjour de 10 jours à l'hôpital.

Depuis sa sortie, l'enfant a été en bonne santé. Mais en octobre 1938, pendant plusieurs nuits de suite, l'enfant a eu des insomnies, puis des œdèmes sont apparus aux membres inférieurs. Ils se sont généralisés. Le ventre a augmenté de volume. Les paupières étaient bouffies.

Après quelques jours de lit, sans fièvre, l'enfant a repris sa vie normale, malgré la persistance des œdèmes. Ceux-ci ont persisté pendant les mois de novembre et décembre, légèrement diminués.

Un examen d'urine aurait donné : 12 gr. d'albumine, quelques jours après 7 gr.

Comme traitement, l'enfant a été mis au régime déchloruré et au lait.

Depuis 8 jours, les œdèmes ont augmenté et l'enfant entre à l'hôpital.

A l'examen, le 11 janvier 1939.

Le teint est blanc mat.

On note une infiltration œdémateuse généralisée, avec œdème important des membres inférieurs de la face.

L'abdomen est volumineux. On a de la matité dans les flancs et on obtient la sensation de flot.

Le foie déborde de deux travers de doigt le rebord costal. La rate n'est pas perceptible.

Pas d'œdème des bourses ni d'hydrocèle.

On remarque des lésions cutanées de grattage.

Au cœur, rien à signaler. Tension artérielle maxima à 12.

Aux poumons, en arrière matité des 2 bases avec obscurité respiratoire.

L'examen de la bouche montre de grosses amygdales rouges.

A l'examen du système nerveux, rien à signaler.

On prescrit comme traitement: lait, chophytol, 50 cc. de sérum glucosé sous la peau.

Le 13 janvier :

L'enfant urine très peu. Par contre diarrhée.

Les examens ont montré :

— dans les urines : 12 gr. d'albumine;

— dans le sang: 0 gr. 30 d'urée; 4 gr. 50 de cholestérol.

La tension artérielle est à 12 de maxima.

Le 14 janvier :

On instaure un régime hyperprotidique, pauvre en hydrates de carbone et en graisses. Sans sel.

On prescrit de l'extrait thyroïdien injectable : 2 centigrammes tous les jours avec du Diurophyte.

Le 17 janvier :

La quantité d'urine émise a nettement augmenté.

Aux poumons: diminution marquée de la matité, quelques frotements de la base droite.

L'abdomen a augmenté de volume.

Dans les urines: 10 gr. d'albumine; 15 gr. 40 d'urée.

Le 18 janvier :

L'abdomen est toujours aussi volumineux. Mais la face est moins bouffie.

Dans le sang: urée à 0 gr. 43.

On remplace les extraits thyroïdiens par de la poudre thyroïde.

Le 27 janvier :

à la dose de 2 centigrammes par jour per os.

L'infiltration œdémateuse persiste, diffuse.

L'enfant présente toujours de la diarrhée et vomit au moins à un repas par jour.

L'abdomen est encore volumineux.

Aux poumons: submatité des 2 bases, surtout à gauche, avec obscurité respiratoire.

Dans le sang: l'azotémie s'est élevée de 0,46 à 0,72.

La tension artérielle est à 10 comme maxima.

Le 28 janvier :

La diurèse est plus importante: 600 gr. Mais les œdèmes jambiers ont augmenté et le ventre est plus volumineux.

Depuis le 27, on a supprimé le régime carné et on administre du chorure de calcium.

Dans les urines, on a: 2 gr. 80 d'albumine, 2 gr. 47 d'urée, 4 gr. 20 de chlorures.

Le 3 février :

L'abdomen est volumineux, mais pas d'ascite.

Depuis le 27 janvier, l'enfant ne vomit plus.

Aux poumons: matité et obscurité respiratoire des deux bases.

Le 5 février :

Les œdèmes augmentent. L'enfant se plaint du ventre et vomit.

Dans les urines: 5 gr. 80 d'albumine, 22 gr. 60 d'urée.

Dans le sang: 0 gr. 26 d'urée.

On fait 250 cc. de sérum glucosé et on prescrit du Diurophyte.

Le 7 février :

Œdèmes toujours importants. La diurèse a augmenté.

L'examen d'urine donne : 3 gr. 30 d'albumine, 9 gr. 21 d'urée, pas de cylindres.

La tension artérielle est à 10,5-6.

On arrête le Diurophyte.

Le 13 février :

Le ventre n'a pas diminué de volume. Les bourses ont le volume d'une grosse orange.

Les selles sont subnormales. L'enfant ne vomit pas.

L'albuminurie se maintient entre 1 et 3 gr.

Le 20 février :

On remplace la poudre thyroïde par de l'extrait thyroïdien à la dose de 10 centigrammes.

Le 22 février :

Les œdèmes ne régressent pas. La diurèse se maintient au taux de 400 grammes.

On décide de placer 4 tubes de Southey dans la région abdominale: 2 à droite et 2 à gauche.

Le 25 février :

Les résultats sont nuls et on enlève les tubes de Southey.

Le 23, on a fait une transfusion de 80 cc.

La température est montée à 39°-40° et aux poumons on perçoit en arrière des deux côtés de nombreux râles humides disséminés, surtout aux deux bases. Pas de foyer.

Traitement: révulsion. Eucalyptine.

On trouve 5 gr. d'albumine dans es urines.

Le 26 février :

Les signes pulmonaires s'améliorent un peu. Les râles sont moins humides. Des râles secs sibilants se surajoutent aux râles humides.

On redonne du Diurophyte.

Le 27 février :

L'état pulmonaire s'étant amélioré, on arrête l'eucalyptine.

Dans les urines: albumine 11 grammes.

Le 1^{er} mars :

L'ascite a beaucoup diminué.

On trouve: 3 gr. 10 d'albumine dans les urines, 7 gr. 04 d'urée, 2 gr. 70 de chlorures.

Dans le sang, l'urée est à 0 gr. 20.

Le 3 mars :

Amélioration. L'enfant a perdu 1 kg 340 en 12 jours. Il présente

toujours de la diarrhée et un ou deux vomissements par jour. La diurèse est stationnaire.

Albuminurie à 4 gr.

Tension artérielle à 10-6.

Le 13 mars :

Depuis deux jours, le ventre a augmenté de volume, mais il n'y a pas d'œdème en d'autres régions.

L'albuminurie a oscillé entre 1 et 7 grammes.

Arrêt du Diurophyte.

Le 24 mars :

La température oscillant entre 37° et 38° présente un clocher.

Le ventre augmente de volume.

Les membres inférieurs sont le siège d'un léger œdème. Le poids a augmenté de 800 gr. en 10 jours.

L'albuminurie est à 11 gr.

On ordonne du Diurophyte.

Le 6 avril :

L'abdomen est très volumineux.

L'enfant présente une otite suppurée à droite.

Les amygdales sont volumineuses et rouges.

L'albuminurie qui était descendue à 0 gr. 30 est ce jour à 3 gr.

Dans le sang, il y a 2 gr. 64 de cholestérol.

L'extrait thyroïdien est toujours continué à la dose de 0 gr. 10.

Le 7 avril :

On fait une transfusion de sang de 110 gr.

Le 10 avril :

Arrêt du Diurophyte.

Le 18 avril :

A la suite de la transfusion, on a noté une grosse amélioration. Le poids a baissé régulièrement. On fait une nouvelle transfusion de 120 gr. L'albuminurie s'est maintenue au-dessous de 1 gr.

Le 29 avril :

Nouvelle transfusion de 90 grammes.

Albuminurie entre 1 et 8 grammes.

Le 16 mai :

L'albuminurie oscille entre 1 et 5 grammes.

On arrête les extraits thyroïdiens et on fait du Diurophyte pendant quatre jours.

Le 25 mai :

L'albuminurie oscille entre 3 et 7 gr.

On fait une transfusion de 125 cc.

Le 5 juin :

L'enfant est en état d'anasarque.

Le cœur est rapide, la température à 40°.

Traitement: Coramine: 15 gouttes.

Le 7 juin :

Après une nuit agitée, l'enfant est décédé ce matin.

Conclusion :

Néphrise-néphrite caractéristique.

OBSERVATION VII
Tableau des examens de laboratoire

URINES

Dates	Janvier			Février			Mars			Avril			Mai	Juin	
	12	20	26	4	8	27	1 ^{er}	8	20	24	7	14	27	1 ^{er}	5
Albumine	12	10	2,80	5,80	3,30	11	3,10	7	6	11	3	0,10	8	2	5,5
Chlorures			4,20			2,7								6,9	
Corps biréfringents	néant														
Cylindres					néant										

SANG

Urée	0,30	0,43	0,72	0,26			0,20								
Cholestérol . .	4,5										2,64				

EN CONCLUSION

La néphrose lipoïdique peut exister en tant que maladie isolée. Mais il est indéniable qu'à l'état pur, elle est extrêmement rare. Plus ou moins vite, au cours de l'évolution de la maladie, on verra apparaître un ou plusieurs symptômes de néphrite. La tension artérielle s'élèvera, le taux d'urée deviendra supérieur à la normale; enfin et souvent, l'examen du culot de centrifugation des urines mettra en évidence la présence de cylindres granuleux. Pour Rathery, les cylindres granuleux ne sont pas forcément un signe de néphrite. D'après lui, « l'albumine, en traversant le rein, le lèse. Aussi y aura-t-il élimination urinaire non seulement d'albumine, mais encore de cylindres granuleux, ces signes ne traduisant que l'existence d'une lésion et non le trouble d'une fonction. Cette lésion, au surplus, peut être réparable si on supprime à temps l'albuminurie ». Si l'on admet cette théorie, le domaine de la néphrose lipoïdique s'élargit considérablement.

Il est incontestable que la néphrose lipoïdique mal soignée, traitée trop tard ou par doses trop faibles ou insuffisamment prolongées, évoluera vers la néphrite. Dans bien des cas, même un traitement correct n'empêchera pas cette évolution défavorable. Dans le rein, peu touché au début, les lésions se font de plus en plus profondes, de plus

en plus étendues. Et ces lésions, qui, au début, ne se traduisent que par l'élimination de cylindres, entraîneront peu à peu une augmentation du taux de l'urée et une élévation de la tension artérielle. On sera alors en face du tableau de la néphrose-néphrite, si fréquemment observée en clinique.

BIBLIOGRAPHIE

RATHERY. — Néphropathie et néphrite. Leçons cliniques.
Paris, 1937.

DUFOIX (Maurice). — Thèse de la Faculté de Montpellier
(1931-1932).

FIESSINGER. — Néphroses-Néphrites intriquées. *Presse Médicale*, 9 janvier 1943.

PASTEUR VALLÉRY-RADOT. — *Semaine des Hôpitaux de Paris*, décembre 1943.

RATHERY et FROMENT. — La néphrose lipoïdique existe-t-elle? *Presse Médicale*, 17 août 1938.

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre:

*Contribution à l'étude du cri-
térium de l'association néphrose-
néphrite,*

par Louis MONTGOBERT.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 11 mars 1944.

Le Professeur,
BOUDET.

VU :

Montpellier, le 11 mars 1944.

Le Doyen,
GIRAUD.

Vu et permis d'imprimer:

Montpellier, le 11 mars 1944.

Le Recteur,
BOUSSAGOL.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

